

Biologie und Pathologie des Weibes

Ein Handbuch der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe

Zweite, völlig neubearbeitete Auflage

Sechster Band

Gynäkologie, 3. Teil

Bearbeitet von

Prof. Dr. O. Albrecht, Wien · Prof. Dr. Hanns Dietel, Hamburg-Altona · Prof. Dr. med. H. Eufinger, Burgstädt, Sachsen
Prof. Dr. G. Ewald, Göttingen · Prof. Dr. med. Rolf Hansen, Hamburg · Prof. Dr. L. Haslhofer, Wien · Prof. Dr. R. Hofstätter, Wien · Prof. Dr. G. Holler, Wien · Prof. Dr. N. v. Jagić, Wien · Prof. Dr. F. J. Lang, Innsbruck · Prof. Dr. Eduard Martin, Wuppertal · Prof. Dr. W. v. Massenbach, Göttingen · Prof. Dr. Walther Menk, Hamburg · Prof. Dr. F. v. Mikulicz-Radecki, Berlin · Dozent Dr. F. Nagl, Wien
Prof. Dr. Wilhelm Neumann, Wien · Dozent Dr. Fritz Posatti, Salzburg · Prof. Dr. Willi Schultz, Hamburg-Lokstedt · Prof. Dr. R. Seefelder, Innsbruck · Univ.-Prof. Dr. Erwin Stransky, Wien · Prof. Dr. Emil A. Wessely, Wien

Mit 131 Abbildungen im Text und 4 farbigen Tafeln

1954

VERLAG URBAN & SCHWARZENBERG

Berlin · Innsbruck · München · Wien

Inhaltsverzeichnis.

Die Erkrankungen des Beckenbindegewebes.

Von Prof. Dr. Eduard Martin, Wuppertal.

Mit 18 Abbildungen im Text und 2 farbigen Tafeln.

	Seite
A. Das gesunde Beckenbindegewebe	1
Anatomie	1
Histologie	8
Physiologie	9
Pferd	10
Schimpanse	11
B. Das nicht gesunde Beckenbindegewebe	13
1. Entwicklungsstörungen	14
2. Parametritis	14
a) Parametritis anterior	15
b) Parametritis media	15
c) Parametritis post.	15
Klinischer Verlauf	17
Senkungsabszesse	19
Bakteriologie	19
Erkennung der Parametritis	19
Differentialdiagnose	20
Prognose	21
Behandlung	21
3. Hämatome	24
4. Neubildungen	24
5. Verlust der festelastischen Beschaffenheit des Retinakulum	25
Cystocele	28

Störungen und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane in ihren Beziehungen zu Hals, Nase, Ohren.

Von Prof. Dr. Emil A. Wessely, Wien.

Beziehungen zwischen dem adenoiden Gewebe und der Geschlechtsreifung	29
Literatur	30
Beziehungen zwischen Nase und Geschlechtsdrüsen	30
Literatur	31

	Seite
Beziehungen zwischen menstruellem Zyklus und dem Gebiete der oberen Luftwege . . .	31
Prämenstruelle Anfälligkeit gegen Infekte	34
Literatur	34
Beziehungen zwischen genitalen Störungen und dem Gebiete der oberen Luftwege . . .	35
Dysmenorrhoe, Fluor albus und Rhinitis vasomotoria	35
Vikariierendes Nasenbluten	37
Literatur	37
Schleimhautveränderungen der Nase bei abstinentem und exzessivem Sexualeben . . .	38
Literatur	38
Ein- und Rückwirkungen der Gravidität auf den Bereich von Hals, Nase und Ohren . . .	38
Literatur	42
Gehör und Gleichgewicht während der Gravidität und Entbindung	43
Literatur	44
Angina und Fokalinfekte-Einfluß auf Geburt und gynäkologische Erkrankungen . . .	44
Literatur	45
Gravidität und Kehlkopftuberkulose, Lupus, Sklerom, Pemphigus und maligne Geschwülste	45
Literatur	46
Gravidität und Larynx-Trachealstenosen	47
Literatur	48
Gravidität und Ösophagusstenosen	48
Schwangerschaft und Mittelohrentzündung	48
Literatur	49
Schwangerschaft und Otosklerose	49

Augen.

Von Prof. Dr. R. Seefelder, Innsbruck.

Mit 9 Abbildungen im Text und einer farbigen Tafel.

I. Die Veränderungen bei der normalen Schwangerschaft	51
II. Die Veränderungen bei pathologischer Schwangerschaft	54
Schwangerschaftstoxikosen	54
a) Hyperemesis gravidarum	54
b) Schwangerschaftsnephritis, Eklampsie	55
III. Einfluß der Geburt	63
IV. Einfluß des Wochenbettes und der Laktation	63
V. Einfluß der Schwangerschaft und Geburt auf verschiedene Augenerkrankungen	64
VI. Einfluß des Klimakteriums	66
VII. Einfluß der Genitalerkrankungen auf das Auge	66
VIII. Einfluß der Menstruation und ihrer Anomalien	69
IX. Verletzungen des Kindes während der Geburt	70
X. Augenerkrankungen des Neugeborenen, soweit sie mit den mütterlichen Geschlechtsorganen in Verbindung stehen	73
Literatur	76

Störungen und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane in ihren Beziehungen zum Zirkulationsapparat.

Von Prof. Dr. N. v. Jagić, Wien, und Dozent Dr. F. Nagl, Wien.

Mit 2 Abbildungen im Text.

	Seite
Einleitung	79
Physiologische Verhältnisse und Variationen	80
Zirkulationsapparat und Menstruation	84
Zirkulationsapparat und Gravidität	85
Klinische Untersuchung und deren Ergebnisse	89
Auskultation	90
Der zweite Pulmonalton	92
Puls	92
Der Blutdruck	94
Der diastolische Druck	96
Der Venendruck	97
Elektrokardiogramm	97
Kreislauf und Geburt	97
Zirkulationsapparat und Klimakterium	101
Einfluß der Schwangerschaft auf das kranke Herz	106
Die rheumatischen Klappenfehler	107
Der Kompensationszustand des Herzens als Richtlinie für die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung	109
Endokarditis	111
Myokarditis	113
Vorhofflimmern	114
Herzblock	114
Degenerative Myokarderkrankungen und Erkrankungen der Koronarien	115
Luetische Herzerkrankungen	117
Fettherz	118
Cor pulmonale und Cor kyphoscolioticum	118
Thyreotoxikose	119
Essentieller Hochdruck	120
Die kongenitalen Herzerkrankungen	121
Pulmonalstenose	121
Offener Ductus Botalli	121
Isthmusstenose der Aorta	121
Kongenitale Hypoplasie der Aorta	121
Offenes Foramen ovale	121
Periphere Durchblutungsstörungen	122
Erkrankungen der Venen	124
Funktionsprüfungen des Herzens	124
Therapie der Herzkrankheiten bei Frauen	126
Literatur	131

Atmungsorgane und Asthma.

Von Prof. Dr. Wilhelm Neumann, Wien.

Seite
133

Literatur 164

Gewerbliche Schädigungen der Frau.

Von Prof. Dr. R. Hofstätter, Wien.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Einleitung	168
I. Der Arbeitseinsatz der Frau im Frieden und Krieg (Arbeitsschutz, Schwangerenschutz)	170
1. Arbeitsschutz	171
2. Schwangerenschutz	172
II. Allgemeine Morbidität der arbeitenden Frauen	174
1. Statistik	174
2. Vorzeitige Invalidität	182
3. Rheumatosen, Arthritis, Rückenschmerzen	185
4. Nervenkrankheiten, Neurosen, Hysterie	186
III. Die 31 melde- und entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten	190
Die 31 meldepflichtigen Berufskrankheiten	192
IV. Einzelne Berufe und ihre Gefahren	194
Land- und Forstwirtschaft	195
Heimarbeit	196
V. Mögliche Schädigungen auf die weiblichen Geschlechtsorgane im besonderen	198
1. Anomalien der Menstruation	199
2. Entzündungen an Uterus und Adnexen	201
3. Formveränderungen des Beckens	202
4. Enteroptose, Verlagerungen des Uterus	203
5. Geschlechtskrankheiten	204
6. Tumoren, Ovarialzysten	205
VI. Mögliche Schädigungen auf die weibliche Fortpflanzungstätigkeit	205
1. Geburtenhäufigkeit, Sterilität	206
2. Kinderreichtum bei den einzelnen weiblichen Berufen	207
3. Verlauf von Schwangerschaft und Geburt	209
a) Enges Becken, Wehentätigkeit	210
b) Nachblutungen, Wochenbettfieber	212
4. Fehlgeburt	212
5. Säuglingssterblichkeit und Kinderaufzucht	213
Literatur	215

Medizinische Psychologie, Grenzzustände und Neurosen beim Weibe.

Von o. Univ.-Prof. Dr. Erwin Stransky, Wien.

Vorbemerkungen	217
Allgemeines zur medizinisch-psychologischen Problemstellung	219
Vom Seelenleben des kindlichen Weibes	225
Das Weib in der Pubertät	229
Die Psyche der geschlechtsreif gewordenen erwachsenen Virgo	233

	Seite
Die nuptiale Psyche	248
Die Psyche der Fraulichkeit	250
Über Männerscheu und Ehescheu beim Weibe	265
Die Psyche der Schwangerschaft und der Mutterschaft	271
Die präklimakterische und die klimakterische Psyche	276
Die Psyche des Weibes im Greisenalter	279
Die Psyche der Witwenschaft	281
Die alte Virgo	281
Das seelisch normale Weib in der Menstruation	284
Die Frau als geistig Schaffende und im Berufsleben	285
Zur forensischen Stellung des Weibes	297
Die seelischen Defektzustände (Oligophrenien) beim Weibe	298
Vorbemerkungen	298
Schwachsinn	298
Idioten	302
Die anethischen Defektzustände	305
Die Psychopathien	309
Süchtigkeiten	323
Zwangs- und Angstneurosen	324
Die Zwangsantriebe (pathologische Impulse)	325
Verstimmungszustände	327
Andere wichtigere Formen von psychopathischen Zuständen	328
Die episodischen und konditionalen Neurosen	328
Zusätzliche sozialhygienische und therapeutische Erwägungen zu den letzten Kapiteln	334
Die Prostituierte. — Weib und Verbrechen	337
Literatur	339

Psychische Störungen des Weibes.

Von Prof. Dr. G. Ewald, Göttingen.

A. Allgemeiner Teil	343
B. Spezieller Teil	350
1. Pubertät und Psychose	350
2. Menstruation und Psychose	351
3. Gravidität und Psychose	356
4. Geburtsakt und Psychose (Eklampsie)	360
5. Puerperium und Psychose	362
6. Laktation und Psychose	365
7. Postoperative Psychosen	366
8. Klimakterium und Psychosen	368
9. Therapie (Sterilisation. Unterbrechung der Schwangerschaft. Eheberatung. Allgemeine und spezielle Therapie)	372
Literatur	378

Vita sexualis und deren Störungen.

Von weiland Prof. O. Albrecht, Wien.

	Seite
I. Vita sexualis	382
Funktionsstrukturen	382
A. Afferente Funktionen	383
B. Zentralkorrelative, referente und efferente Funktionen	386
Die referente Funktion	386
Der Sexualtonus	387
Die biologische Resonanz	388
Ausdruck	389
Geschlechtstrieb und Orgasmus	390
Gedächtnis und bedingte Reaktionen	392
Psychischer Infantilismus	393
II. Störungen der Vita sexualis	394
A. Phylogenese	394
B. Ontogenese	396
C. Symptomatologie	398
Einteilung der Abartungen	398
Sexuelle Paradoxie	399
Sexuelle Hypästhesie und Hyperästhesie	400
Onanie	403
Gourmandise oder Pikazismus	405
Exhibitionismus	406
Sadismus	407
Masochismus	409
Fetischismus	411
Autoerotismus	412
Zoophilie	413
Homosexualität	414
D. Therapie	417
Literatur	419

Störungen und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane in ihren Beziehungen zu Knochen und Gelenken.

Von Prof. Dr. L. Haslhofer, Wien, und Prof. Dr. F. J. Lang, Innsbruck.

Vorbemerkung	421
Einleitung	421
Die geschlechtsspezifischen Eigenheiten des weiblichen Skelettes	422
Wachstum und Formentwicklung des Beckens	424
Das Becken des Neugeborenen	424
Die Beckenentwicklung bis zum Abschluß des Wachstums	424
Das Becken des Erwachsenen	425
Besonderheiten des Stütz- und Halteapparates der Frau	426

Die Beckengelenke der Frau, ihre Veränderungen durch Schwangerschaft, Geburt und deren Folgen	427
Zerreißen der Beckengelenke	433
Hypogonitalismus, Infantilismus	433
Mangel der Keimdrüsen	436
Eunuchoidismus	437
Späteunuchoidismus	438
Kastration (Eunuchismus)	438
Frühkastration	438
Spätkastration	438
Röntgenkastration	439
Hypergonitalismus	439
Die spezifisch weibliche Skelett- und Muskelgestaltung als disponierender Faktor für Entstehung und Verstärkung von Knochen- und Gelenkleiden sowie der Einfluß der Geschlechtsphasen auf dieselben	440
Beanspruchung der Ileosakralverbindung bei verschiedener Beckenneigung	442
Lumbosakraler Übergangsabschnitt	442
Osteomalazie	444
Sogenannte endokrine Arthritiden	446
Die vorwiegend das weibliche Geschlecht betreffenden endokrinen Syndrome	448
Das Graviditätssyndrom	448
Morgagnis Syndrom	449
Turners Syndrom	450
Adnexerkrankungen und Infektarthritis	450
Die Skelettbeteiligung bei malignen weiblichen Genitaltumoren	451
Literatur	453

Bluterkrankungen einschließlich Blutsenkung.

Von Prof. Dr. med. Rolf Hansen, Hamburg.

Mit 13 Abbildungen im Text.

A. Anämien	463
I. Normochrome Anämie	464
II. Hypochrome Anämien	469
III. Hyperchrome Anämien	478
IV. Hämolytische Anämien	482
B. Polyzythämien	486
C. Die Leukämien (Leukosen)	488
D. Lymphogranulomatose	496
(Morbus Sternberg, malignes Granulom, <i>Hodkinsche Krankheit</i>)	496
E. Agranulozytose	498
F. Die hämorrhagischen Diathesen	499
G. Die Blutsenkung	506
Literatur	513

Störungen und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane in ihren Beziehungen zur Leber und Gallenblase.

Von Prof. Dr. Hanns Dietel, Hamburg-Altona.

	Seite
Die Rolle der Leber bei normalen und gestörten Funktionsabläufen im weiblichen Genitalsystem	517
Die Rolle der Leber in der normalen und gestörten Schwangerschaft	522
a) Das anatomische Bild	522
b) Die Leberfunktionen	526
Die Rolle der Leber bei der Frühtoxikose	531
Die Leber bei der Spättoxikose	532
Spätschäden der Leber bei den Schwangerschaftstoxikosen	535
Die Hepatopathien in der Schwangerschaft (Der Ikterus in der Schwangerschaft)	535
Schwangerschaft und Geburt in ihren Beziehungen zur Leber des Neugeborenen	539
Die Gallenblase in der Schwangerschaft	540
Literatur	541

Die europäischen akuten Infektionskrankheiten und das weibliche Genitale.

Von Prof. Dr. G. Holler, Wien.

A. Allgemeiner Teil	546
B. Spezieller Teil	563
Typhus und Paratyphus abdominalis	563
Dysenterie (Ruhr)	567
Morbus Bang (Febris undulans)	568
Tularämie	569
Milzbrand (Anthrax)	570
Rotz (Malleus)	571
Erysipel (Rose)	571
Lyssa (Wut)	573
Meningitis cerebrospinalis epidemica (epidemische Genickstarre, Meningokokken-Meningitis)	574
Diphtherie	574
Typhus recurrens (Rückfallfieber)	581
Weilsche Krankheit (Morbus Weil, Icterus infectiosus und andere Leptospienerkrankungen)	582
Hepatitis epidemica (contagiosa)	583
Scharlach (Scarlatina)	586
Masern	588
Varizellen (Schafblattern, Windpocken)	591
Röteln (Rubeola)	591
Toxoplasmose	592
Influenza (Grippe)	593
Encephalitis epidemica	596
Poliomyelitis anterior acuta (Kinderlähmung)	597
Drüsenfieber (Morbus Pfeiffer)	597
Mumps (Parotitis epidemica, Ziegenpeter)	598

	Seite
Pertussis (Keuchhusten)	599
Typhus exanthematicus (Fleckfieber, Flecktyphus, Hungertyphus, Kopftyphus) und kurzer Anhang über Queensland-Fieber (Q-Fieber)	599
Tetanus (Wundstarrkrampf)	601
Literatur	601

Die Bedeutung der Tropenkrankheiten für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Von Prof. Dr. Willi Schultz, Hamburg-Lokstedt, und Prof. Dr. Walther Menk, Hamburg.

Einleitung	609
Weißer Frauen und Kinder in den warmen Ländern	609
Geburtshilfe bei primitiven farbigen Eingeborenen	615
I. Exotische Infektionskrankheiten mit wesentlich oder ausschließlich die Urogenital- sphäre und ihre Nachbarschaft befallenden grobanatomischen Veränderungen	616
Lymphogranuloma inguinale	616
Granuloma venereum	617
Kröborsche Krankheit	618
Bilharziosis (Schistosomiasis)	618
Filariasis bancrofti	619
Anhang: Andere Filarien	621
II. Die wichtigsten anderen exotischen Krankheiten	622
Malaria	622
Bluttransfusion und Malaria	627
Amöbenruhr	627
Hakenwurmkrankheit	629
Frambösie (Yaws) (Tropische Himbeerwarzen)	631
Lepra	631
III. Sonstige tropische Infektionskrankheiten	632
Toxoplasmose	633
Trypanosomenkrankheiten	633
Afrikanische Schlafkrankheit	633
Chagas Krankheit (südamerikanische Trypanosomiasis)	634
Leishmaniosen	634
Kala-azar (tropische Splenomegalie)	634
Orientbeule (Hautleishmaniasis)	635
Spirochätosen	635
Rückfallfieber (R. F.)	635
Ulcus tropicum	636
Leptospirosen	636
Rattenbißkrankheit (Sodoku)	636
Bakterielle Krankheiten	636
Maltafieber (Febris undulans, Wellenfieber)	636
Cholera asiatica	637
Pest	638
Bartonellosen	638
Verruga peruana (Peruknoten)	638
Rickettsiosen	638

Viruskrankheiten	639
Pocken	639
Gelbfieber	639
Denguefieber	640
Pappataci-Fieber (3-Tage-Fieber, sandfly fever)	640
Diaplazentare Infektion beim Menschen	641
IV. Avitaminosen und andere Mangelkrankheiten der warmen Länder	641
Tropische Sprue	644
Anhang	645
Epidemic dropsy (epidemische Wassersucht)	645
Literatur	646

Erkrankungen der Bauchdecken.

Von Dozent Dr. Fritz Posatti, Salzburg.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Angeborene Erkrankungen der Bauchdecken	652
Rektusdiastase	652
Angeborene Bauchwanddefekte	654
Verletzungen der Bauchdecken	655
Die geschlossenen Bauchwandverletzungen	655
Hernia lineae albae	656
Die seitlichen Bauchwandhernien	657
Akute Entzündungen der Bauchdecken	657
Parasiten der Bauchdecken	659
Tuberkulose der Bauchdecken	660
Aktinomykose der Bauchdecken	660
Echte Tumoren der Bauchwand	661
Endometriose der Bauchwand	664
Leisten- und Schenkelbrüche	666
Erkrankungen des Nabels, die entwicklungsgeschichtlich bedingt sind	668
Urachusfistel	669
Nabelbruch	670
Die Behandlung der Nabelbrüche	671
Bauchnarbenhernien	672
Verhalten der Bauchdecken in der Schwangerschaft	673
Varikositäten der Bauchwand	676
Der Schmerz der Bauchdecken	677
Literatur	680

Die Beziehungen zwischen Verdauungstrakt und weiblichen Genitalorganen, unter besonderer Berücksichtigung der Appendizitis, des Ileus und der gynäkologischen Darmchirurgie.

Von Prof. Dr. F. v. Mikulicz-Radecki, Berlin.

Mit 40 Abbildungen im Text und einer farbigen Tafel.

I. Menstruation und Darmtrakt	682
II. Der Magen-Darm-Trakt während Schwangerschaft und Wochenbett	683
Das Magen- und Duodenalulkus bei der Frau und in der Schwangerschaft	685
III. Habituelle (chronische) Obstipation	688

	Seite
IV. Darmstenose und Darmverschluß (Ileus)	691
Darmstenose	692
Ileus in der Gynäkologie	698
Therapie des Ileus	712
Operation des Ileus	714
Ileus während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Ileus in ete graviditate)	716
Strangulation	721
Volvulus	721
Invagination (Intussuszeption)	723
Ileus durch ein Darmkarzinom	723
Ileus e graviditate	724
Therapie des Schwangerschaftsileus	725
V. Die Appendizitis beim Weibe, mit ihren Folgezuständen für die Genitalorgane .	727
Sonstige Appendixerkrankungen — Appendizitis während der Schwangerschaft .	727
Tubensterilität als Folge einer Appendizitis	735
Verhalten des Gynäkologen gegenüber dem Wurmfortsatz	740
Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und rechtsseitiger Adnexerkrankung	743
Andere Erkrankungen der Appendix vermiformis (Tuberkulose des Wurmfortsatzes)	752
Karzinoid der Appendix	753
Echte Karzinome des Wurmfortsatzes	754
Mukozele der Appendix und Pseudomyxoma peritonei ex appendice	754
Endometriose der Appendix	757
Appendizitis während der Schwangerschaft	758
Gründe für die Schwierigkeiten einer rechtzeitigen Diagnosestellung	763
Lage des Zökums und des Processus vermiformis	766
Die Verschiebung des Zökums während der Schwangerschaft	768
Diagnose und Differentialdiagnose während der letzten Schwangerschaftsmonate, der Geburt und im Wochenbett	771
Operative Behandlung	775
VI. Tumoren des Magen-Darm-Kanals, der Leber, des großen Netzes sowie retroperitoneal, operiert unter der Annahme eines Genitaltumors. — Übergreifen maligner Darmtumoren auf die Genitalorgane	779
Übergreifen maligner Magen-Darm-Tumoren auf die Genitalorgane	781
VII. Magen-Darm-Karzinom während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett . .	782
VIII. Internistische Darmerkrankungen	784
Typhus abdominalis	784
Colitis ulcerosa	785
Ileitis terminalis	786
Würmer	787
IX. Durchbruch entzündlicher und nichtentzündlicher genitaler Erkrankungen in den Darm, besonders in den Mastdarm	788
X. Ausgetragene Extrauterin gravidität in Beziehung zum Darm	793
XI. Übergreifen von Genitalkarzinomen auf den Darm (ausschließlich des Rektums). — Röntgenologische Differentialdiagnose	795
XII. Mitbeteiligung des Rektums bei gynäkologischen Erkrankungen	800
XIII. Gutartige Erkrankungen am Anus	813
XIV. Gynäkologische Darmchirurgie	821
Verwendung des Darmes zu plastischen Operationen am Genitale und in der Nachbarschaft	834
Literatur	838

Niere und Schwangerschaft.

Von Prof. Dr. med. **H. Eufinger**,
Chefarzt der Poliklinik und des Krankenhauses Burgstädt in Sachsen.

Mit 3 Abbildungen im Text.

	Seite
I. Die Nierenfunktion in der normalen Schwangerschaft	850
II. Der ödemonephrotische Symptomenkomplex der Spättoxikose	854
1. Der essentielle Schwangerschaftshydrops	857
2. Der essentielle Schwangerschaftshochdruck	858
3. Die Schwangerschaftsnephropathie	859
4. Therapeutische Wege	862
Literatur	862

Die Entstehung, Diagnose und Behandlung der Fisteln im Bereich des Urogenitalsystems, einschließlich Mastdarmfisteln.

Von Prof. Dr. **W. v. Massenbach**, Univ.-Frauenklinik Göttingen.

Mit 42 Abbildungen im Text.

I. Ätiologie	863
II. Lokalisation	866
III. Diagnose	868
IV. Fistelverschluß	869
1. Vaginale Fisteloperationen	869
2. Operationen zur Sicherung der Fistelnaht und Hebung des Blasenhalses	879
a) Vaginale Zusatzoperationen	879
b) Abdominovaginale Zusatzoperationen	887
c) Nachoperationen	890
3. Fistelnaht auf abdominalem Wege	896
V. Neubildung der Harnröhre	897
VI. Die Behandlung der Ureter-Scheiden-Fisteln	900
VII. Behelfsoperationen	902
VIII. Vor- und Nachbehandlung bei Blasenfisteloperationen	906
IX. Mastdarm-Scheiden-Fisteln	910
Literatur	912

Der Beitrag „Urologische Erkrankungen der Frau“ von Prof. Dr. **H. K. Zinser**, Greifswald, ist in Band X des Werkes enthalten.

klar bewußt gewesenen sexuellen Wünsche, wohl unter dem Einfluß der biologischen Gehirnveränderungen, halluzinatorische Deutlichkeit, und nun hebt ein Klagen oder ein Schimpfen an über die gemeinen Reden, die man da hören muß, und gegen die die Kranken sich mit aller Macht wehren; meinen sie doch, daß ihnen diese Gedanken früher ganz fremd gewesen seien, daß sie so etwas früher noch nie gehört, geschweige denn selbst gedacht hätten. Dieses gelegentliche starke Halluzinieren hat *Serko*¹⁰⁰ veranlaßt, von der Involutionsparanoia noch eine Involutionsparaphrenie abtrennen zu wollen. Andere halten die paranoischen Erkrankungen des Rückbildungsalters für Spätschizophrenien. Eine Heilung einer Involutionsparanoia kommt im allgemeinen nicht vor, doch treten die Wahngedanken mitunter nach vielen Jahren in den Hintergrund, ohne aber korrigiert zu werden. *Kebertara* berichtet über eine Involutionsparaphrenie unter dem Symptombild der eingebildeten Schwangerschaft. Auch seltsame Zwangszustände kommen gelegentlich vor.

In seltenen Fällen kann es auch in der Involution noch einmal zu einer Katatonie, einer sog. Spätkatatonie kommen; auch eine Dementia paranoides setzt hin und wieder erst in der Zeit der Klimax ein. Wir nähern uns aber mit diesen Erkrankungen schon den präsenilen Psychosen, die zwischen der Involution und dem Senium stehen, zu keinem dieser beiden Lebensabschnitte sichere Beziehungen haben, also bereits aus dem Rahmen der hier zur Diskussion stehenden Psychosen herausfallen, auch einer genauen und systematischen psychiatrischen Durchforschung noch sehr bedürfen. Ganz selten kommt es im Senium einmal zu ausgesprochener sexueller Übererregbarkeit mit exhibitionistischen Neigungen, einer „senilen Erotomanie“ (*Gelma*).

9. Therapie.

Sterilisation. Unterbrechung der Schwangerschaft. Eheberatung. Allgemeine und spezielle Therapie.

Unter den therapeutischen Eingriffen, die bei Psychosen in Frage kommen, stand von 1933 bis 1945 an der Spitze die Zwangssterilisation, wie sie für endogene Psychosen durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gefordert wurde. Es handelte sich dabei natürlich nicht um eine Therapie am Einzelindividuum — denn durch eine Sterilisation ist noch niemals eine Geisteskrankheit geheilt worden, wie *Bossi* es früher einmal behauptete —, sondern um einen psychohygienischen Versuch zur Förderung der Volksgesundheit. Er war auch in früherer Zeit, meist freilich in Form der freiwilligen Sterilisation, viel erörtert und in manchen schweizerischen Kantonen und amerikanischen Ländern gestattet. Die theoretische Fundierung ist unanfechtbar. Denn nur auf diesem Wege ist es vielleicht möglich, die erblichen Leiden in langsamer, systematischer Arbeit aus dem Volkskörper zu entfernen. Praktisch liegen die Dinge allerdings ganz anders, als man es vom grünen Tisch her sah und sich in breiten Kreisen vorgestellt hat. Man war vielfach des naiven Glaubens, daß sich die Anstalten in Kürze entvölkern würden, daß höchstens ein Menschenalter vergehen würde, bis das Ziel der Ausmerzungen der Geisteskrankheiten erreicht sei. Diese Illusion hätte schon an der einfachen Kenntnis der Erbregeln bei den einschlägigen Krankheiten zunichte werden müssen; denn die Überzahl der Psychosen folgt dem rezessiven Erbgang. Die latenten Erbträger können wir aber bestenfalls nur vermuten und hätten sie auch nicht der Sterilisation zuführen dürfen, wenn wir sie gekannt hätten. Denn das Gesetz gestattete nur die Sterilisation der manifesten Erkrankungen und nicht der latenten Erbträger. So mußten Erkrankungen in einer gewissen Wahrscheinlichkeitshäufung immer wieder auftreten, sobald zwei latente Erbträger einander heirateten. Denn das kranke Erbgut konnte latent durch mehrere Generationsfolgen weitergegeben worden sein, ohne daß man seine Träger kannte und ohne daß es zur Manifestation kam. Niemand weiß mit Sicherheit, ob er nicht latenter Erbträger ist, und es war eine törichte, kenntnisarme Überheblichkeit, gar so stolz auf seinen angeblich einwandfreien Stammbaum zu pochen. Es war auch gefährlich und geschmacklos, bei Geisteskrankheiten den Begriff der „Minderwertigkeit“ anzuwenden. „Minderwertig“ waren diese Kranken nur in sozialer Beziehung insofern, als sie für die Gesamtheit weniger leisten konnten als Gesunde. Diese Art der Minderwertigkeit teilen aber die Geisteskranken mit allen anderen chronischen Leiden, sei es etwa Tuberkulose, Krüppeltum u. a. m. Für den einzelnen und für die Familie ist es ein großes Unglück, wenn

eine erbliche Geisteskrankheit bei einem Familienmitglied plötzlich offenbar wird. In moralischem Sinne aber — und so wurde leider der Minderwertigkeitsbegriff nur zu oft mißbraucht — braucht der Betroffene durchaus nicht minderwertig zu sein, sondern er ist ein bedauernswerter Kranker, der für die Allgemeinheit mit der Einwilligung in die Sterilisierung ein Opfer bringen sollte. Das gleiche gilt natürlich für die Familie. Man sollte endlich von jener Einstellung loskommen, daß es eine „Schande“ sei, in der Familie einen Geisteskranken zu haben. Hiergegen wird leider auch heute noch immer wieder gesündigt.

Aus historischem Interesse mag noch kurz auf einige Punkte eingegangen werden:

Es schieden zunächst alle psychogenen (hysterischen, erlebnisbedingten) und alle exogenen Psychosen (Trauma, Infektion, Intoxikation) für die eugenische Sterilisationsfrage aus. Auch Angehörige der Kranken, Kinder, Geschwister usw., kamen für den Eingriff nicht in Frage, es sei denn, daß sie selbst manifest krank waren. Die Genesung von einem einzelnen Schub oder einer Attacke, etwa die Abheilung einer Manie oder die therapeutische Beseitigung genuin-epileptischer Anfälle, befreite nicht von der Sterilisationspflicht, ein Punkt, der oft genug nicht verstanden wurde. Das Mißlingen des Nachweises der Erblichkeit konnte ebenfalls kein Befreiungsgrund sein, da ja bei rezessiven Erbleiden ein solcher Nachweis oft nicht gelingen konnte, weil durch Generationen die Krankheit eben nur latent weitergegeben war. Endlich war es eine Notwendigkeit, daß gerade die jugendlichen beginnenden Fälle von dem Eingriff erfaßt werden mußten, da sie für die Eheschließungen und Fortpflanzung am ehesten in Betracht kamen, während vorgeschrittene und ältere Kranke entweder verwahrt bleiben konnten oder für eine Eheschließung und Kinderzeugung praktisch nicht mehr in Frage kamen. Die Richtigkeit der Diagnose suchte man durch das sehr gründliche erbgerichtliche Verfahren zu sichern. Trotzdem kamen immer wieder sehr peinliche Irrtümer vor, die durch Refertilisation — meist ohne Erfolg — wieder gutgemacht werden sollten. Die seelische Belastung konnte man den Betroffenen freilich damit auch nicht mehr abnehmen. Die Abfindung mit der Kinderlosigkeit sollte durch Adoption paralysiert werden, ein recht theoretischer Vorschlag, der nur anwendbar war, wenn durch das vorliegende Leiden nicht Betreuung und Erziehung der adoptierten Kinder gefährdet werden konnten. In einzelnen Fällen wurde auch über Schwängerung noch nach der Sterilisation berichtet. Hierbei dürfte es sich wohl um die Folge eines nicht ganz kunstgerechten operativen Vorgehens gehandelt haben. Lag bei einer Frau, bei der das Gesetz rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung erkannt hatte, eine Schwangerschaft vor, so konnte mit ihrer Einwilligung die Schwangerschaft unterbrochen und möglichst gleichzeitig die Sterilisation ausgeführt werden, wenn die Frucht noch nicht lebensfähig war.

Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung aus ärztlicher Indikation bei geistigen Störungen war früher Gegenstand lebhafter Diskussion. Man ist sich heute in der psychiatrischen Literatur durchaus darin einig, daß die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei endogenen Psychosen, also gerade bei denjenigen Psychosen, auf die das frühere Gesetz abzielte, nur ungemein selten erforderlich ist. Weder epileptische noch zirkuläre oder schizophrene Psychosen werden durch eine Schwangerschaft in ihrem Ablauf richtunggebend beeinflußt oder verschlimmert. Auch die Melancholien, die sich inhaltlich gern mit Sorgen der Mutterschaft, mit der Gefährlichkeit der Geburt und der Unfähigkeit zur Kindererziehung abplagen, überstehen die Zeit und sind nachträglich oft unendlich dankbar, daß man ihrem Drängen auf Interruptio nicht nachgab, machen sich im umgekehrten Falle sogar oft schwerste Vorwürfe, daß sie ihr Kind getötet hätten, sich am keimenden Leben vergingen u. a. m. Es ist freilich sehr hart, einer solchen Kranken und der Familie für Wochen oder Monate die Unterbringung in einer geschlossenen Klinik oder Heilanstalt zumuten zu müssen, um sie vor dem Suizid zu bewahren, aber eine andere Möglichkeit ist nicht gegeben und durch eine solche ärztlich betreuende Verwahrung ist noch niemals jemand kränker geworden, wie der Laie verkehrterweise immer wieder meint. Man wird natürlich sehr zart und sorglich vorgehen müssen, und es empfiehlt sich, von Fall zu Fall den Psychiater zu Rate zu ziehen. Generell ist eine Indikation nicht gegeben. In Einzelfällen kann wohl auch einmal eine rapide Häufung von epileptischen Anfällen Anlaß zur Interruptio sein. Aber im allgemeinen regelt sich auch bei der Epilepsie nach kurzem alles von selbst, und der Verlauf der Erkrankung wird durch die Gravidität nicht beeinflußt.

Ist schon vom therapeutischen Gesichtspunkt aus, also nach ausgebrochener Erkrankung, eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft nur selten

gegeben, so gilt dies doppelt von einer prophylaktischen Unterbrechung. Eine solche Indikation besteht fast niemals. Auch wenn die erste Schwangerschaft zu einer lebensgefährlichen Erkrankung, einer Chorea, einer Eklampsie mit Psychose, zu einer schweren Wochenbettpsychose führte, die zwar in Heilung überging, aber mit einem neuen Wochenbett die Gefahr eines Rückschlages herbeiführen könnte, so bleibt es doch offen, ob es bei neuer Konzeption auch dieses Mal zu einer gleichbedrohlichen Erkrankung kommen würde. Man wird vor einer neuen Konzeption natürlich abraten. Wenn aber einmal konzipiert ist, wird man sich abwartend verhalten und wird sich auch durch leichtere nervöse Erscheinungen nicht sofort beirren lassen. Ich habe auf diese Weise schon viele gesunde Kinder ohne empfindlichere Schädigung der Mutter zur Welt kommen sehen.

Von eigentlich organischen Psychosen kommt praktisch nur die Paralyse in Betracht. Unterbrechung der Schwangerschaft ist hier nicht angezeigt. Der Verlauf der Paralyse wird in keiner Weise beeinflusst und Kinder paralytischer Eltern haben mehr Aussicht am Leben zu bleiben, als Kinder früherer syphilitischer Stadien. Auch andere grobe Hirn- und Rückenmarkserkrankungen zeigen einen überraschend glatten Verlauf von Gravidität und Geburt. Doch wird man jeden Einzelfall prüfen. Nur bei multipler Sklerose sieht man nicht ganz selten bedenkliche Verschlimmerungen eintreten, so daß hier die Indikation zum Eingriff gegeben ist (*Fellermeyer* u. a. m.). Hier soll man nicht engherzig sein, denn jede neue Verschlimmerung kann bei dem pathogenetisch unklaren Leiden Anlaß zu unaufhaltsamem Siechtum werden.

Eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft liegt ferner in allen schweren Fällen von Chorea gravidarum vor. Doch ist die Indikation keine absolute. Handelt es sich um ein Chorearezidiv einer in der Kindheit überstandenen Chorea, so ist die Erkrankung oft verhältnismäßig harmlos. Man wird aber gut tun, bei der Chorea gravidarum nicht zu lange mit einem Eingriff zu zögern, da der Verlauf dieser Krankheit oft ein sehr rapider ist und schnelles Handeln lebensrettend wirken kann. Mit Sicherheit wird die Chorea auch durch den künstlichen Abort nicht beseitigt. Es sind einzelne Fälle bekannt, in denen die Erscheinungen nach dem Abort sogar noch zunahmten (*Runge*); doch das sind Ausnahmen. Die Diagnose muß natürlich sichergestellt sein. Es gibt auch eine „hysterische“ Chorea, die selbstredend harmlos ist. Die heredodegenerative Chorea *Huntington* wird in ihrem Ablauf nicht beeinflusst und birgt keine Gefahren für die Mutter. Von den Kindern werden allerdings etwa 50% Erbträger sein.

Künstlicher Abort kann indiziert sein bei schwerer Polyneuritis mit und ohne Psychose. Der Erfolg ist hier freilich noch unsicherer als bei Chorea; aber der Versuch, der schweren Erkrankung zu steuern, sollte in allen ernstesten Fällen gemacht werden.

Endlich ist die Unterbrechung der Schwangerschaft natürlich notwendig in allen bedrohlichen Fällen von Eklampsie, wenn eine konservative Behandlung versagt.

Etwas besonders liegen die Dinge bei psychogenen oder hysterischen Reaktionen. Bei ihnen wird man sich praktisch zunächst immer ablehnend verhalten. Doch soll es hin und wieder vorkommen — mir selbst ist allerdings ein solcher Fall niemals begegnet — daß Abneigung gegen das zu erwartende Kind oder heftige Geburtsangst den Anlaß gibt zu schweren, an Zwangsneurosen erinnernden Zuständen, daß unter dem Einfluß der überwertigen Idee, man werde die Geburt unmöglich überstehen können, schwerste angstvolle Erregungen entstehen und absolute Schlaflosigkeit mit hochgradigem Kräfte-rückfall sich entwickeln, so daß Schwangerschaftsunterbrechung erwogen werden muß. *Wollenberg* hat einige solcher Fälle mitgeteilt. Es sind sicher extrem seltene

Vorkommnisse. Diese psychotischen Zustände heilen nach der Interruptio natürlich prompt ab und beweisen dadurch ihre psychogen-hysterische Natur. Nie sollte man es unterlassen, vorher einen Versuch mit Anstaltsbehandlung zu machen. Extreme soziale Not kann in der heutigen Zeit die Situation in höchstem Maße komplizieren und eine Abhilfe aufs äußerste erschweren. Es wird dann sehr ernst zu prüfen und von Fall zu Fall zu entscheiden sein.

Die Zeit des Zusammenbruchs brachte nun noch eine neue, oft schwer belastende Situation, das Erlebnis der Vergewaltigung. Was die Erfahrung hier gezeigt hat, muß mit einigen Worten festgehalten werden. Zunächst muß man sich wundern, daß nicht weit häufiger schwere Reaktionen depressiv-verzweifelter Art zum Arzt kamen, als es geschah, zumal wenn noch eine genitale Infektion dabei stattgefunden hatte. Die meisten Frauen gingen wohl aus begreiflicher, wenn auch verkehrter Scham nicht zum Arzt und kamen schließlich in leidlicher äußerer Haltung über das Erlebnis hinweg. In einer Anzahl von Fällen kam es allerdings auch zu erschütternd schweren verzweifelten reaktiven Depressionen, wohl auch zu Suiziden. Die zeitweise Unterbringung in Heilanstalten ließ sich nicht immer umgehen, wo allmählich Beruhigung eintrat. Es entstand dann häufig die schwierige Situation, daß der Psychiater eine Unterbrechung der Schwangerschaft zu empfehlen geneigt war, während der Gynäkologe im Hinblick auf den § 218 an den Eingriff nicht heranwollte. In der Tat lag es eine Zeitlang so, daß Persönlichkeiten mit fragwürdiger Vergangenheit unter demonstrativer Verzweiflung erschienen, die unter Vorgabe einer Vergewaltigung, die gar nicht stattgefunden hatte, die Situation auszunutzen versuchten, um eine Unterbrechung anderweitig entstandener Schwangerschaft zu erreichen. Die hierbei zur Schau gestellten Depressionen waren kaum zu unterscheiden von den echten psychogenen Depressionen im Anschluß an eine wirkliche Vergewaltigung, und doch schien die Verweigerung der Unterbrechung bei einem wirklich vergewaltigten Mädchen oder einer vergewaltigten Frau eine unbillige Härte. Hier hätte die Situation, wie ich einmal in Vorschlag brachte, dadurch erleichtert, wenn auch nicht restlos geklärt werden können, wenn durch eine Verfügung verlangt worden wäre, daß vergewaltigte Frauen und Mädchen sich innerhalb von zwei Wochen bei der nächsten Polizeistation zum Protokoll meldeten und unter Darlegung der Umstände in einem Krankenhaus oder einer Klinik untersucht würden, wenn sie später Anspruch auf Unterbrechung haben wollten, was freilich aus Scham und in der Hoffnung, doch nicht geschwängert zu sein, gewiß nicht immer geschehen wäre. Aber es wäre durch die Meldung bei der Polizei bzw. dem Arzt die gewaltsame körperliche Schädigung sogleich festgelegt gewesen und bei einer nachträglich eingetretenen Schwangerschaft wäre der Eingriff zur Behebung des gesetzten Körperschadens freigegeben gewesen, auf welcher ärztliche Hilfe die Frau meines Erachtens wie bei anderen fremdtätigen gesetzten Körperschäden ein Recht gehabt hätte. Natürlich wären auch dann noch Durchstechereien möglich, aber sie würden doch auf ein Mindestmaß reduziert. Es ist zu einer solchen Verfügung nicht gekommen, die Zeiten haben sich beruhigt und Vergewaltigungen kommen praktisch kaum häufiger vor als in Friedenszeiten. Bei sichergestellten Vergewaltigungen und schweren Depressionen einen milden Maßstab anzulegen, wurde von den maßgebenden Behörden damals nahegelegt; es blieb letztlich dem Ermessen und der Gewissenhaftigkeit der Ärzte vorbehalten. Echte Psychosen sind durch diese Erlebnisse nicht gesetzt worden, nur psychogene Reaktionen an sich reversibler Art. Bei manchen Frauen und Mädchen dürften aber doch Verbiegungen in der Lebenslinie entstanden sein, die noch lange als neurotisierende Komplexe in ihrem Innern wirksam sind (Misopädie, S. 359).

An die Stelle der Sterilisationsfrage ist heute in vermehrtem Maße wieder die E h e b e r a t u n g getreten. Liegt eine Psychose exogener Art vor, so wird